



PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/72954>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.

Lijnen helpt niet bij emotionele eters

Tatjana van Strien

Dieting: for an emotional eater the cure may be worse than the disease. Dieting for treating weight gain and obesity has become controversial, as it is ineffective at its best. Recent research suggests that this holds true only for a subgroup of dieters: Those with a high degree of emotional and/or external eating. In contrast there is also a subgroup with no such tendencies. These dieters were found to be able to maintain their weight loss and also did not overeat in the laboratory. It is possible to validly discriminate between potentially successful and unsuccessful dieters by means of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). This instrument enables the clinician to determine which patients can be expected to have a good response to low calorie diets and who are best helped with a different sort of therapy.

Inleiding

Overgewicht is in onze westerse wereld hard op weg een volksziekte te worden. In Nederland is ruim 50% van de mannen en 40% van de vrouwen te zwaar; één op de tien is zelf obees te noemen. We spreken van obees bij een *Body Mass Index* van dertig of hoger (BMI = het gewicht in kilo's gedeeld door het kwadraat van de lengte in meters). Samen met kanker en hart-en vaatziekten staat obesitas bovenaan de lijst van de de volksgezondheid bedreigende aandoeningen. Omdat overgewicht

meestal ontstaat doordat mensen meer eten dan zij nodig hebben, lijkt de behandeling simpel: minder eten, méér lichaamsbeweging, en liefst beide. Maar in de praktijk blijkt het vaak niet zo simpel beide doelstellingen te realiseren (Fairburn & Brownell, 2002).

In de media worden telkens weer andere vermageringsdiëten en afslankkuren aangeprezen. In een onderzoek rapporteerde meer dan 50% van de vrouwen en meer dan 20% van de mannen het afgelopen jaar aan de lijn te hebben gedaan (Hill, 2002a). Maar helpt lijnen ook echt? Helaas blijkt het behaalde gewichtsverlies zelden blijvend, en zitten de moeizaam kwijtgeraakte kilo's er vaak snel weer aan: het bekende jojoën. Bekend is de uitspraak van Albert Stunkard *'Most obese persons will not stay in treatment of obesity. Of those who stay in treatment most will not lose weight, and of those who do lose weight, most will regain it'* (Stunkard, 1958). Nu, bijna vijftig jaar later, klopt deze uitspraak nog steeds, want ook als vermageringsprogramma's volgens de laatste gedragstherapeutische inzichten zijn opgezet, blijkt het succes op lange termijn bedroevend (Wilson, 1994). Slechts 15 tot 22% weet het behaalde gewichtsverlies minstens een jaar te behouden. Meer dan de helft van de mensen is na vier jaar zelfs zwaarder dan vóór het dieet (Wing & Klem, 2002).

Vanuit wetenschappelijk gezichtspunt is lijnen op dit moment controversieel (Wilson, 2002) want behalve dat het niet helpt gelden diëten als een mogelijke risicofactor voor eetbuien bij eetstoornissen als *bulimia nervosa* en *binge eating disorder* (Polivy & Herman, 1985). Het verbaast dan ook niet, dat vele artsen en andere hulpverleners de moed hebben opgegeven en hun patiënten adviseren maar op te houden met lijnen en hun lot te accepteren.

Tatjana van Strien (✉)

Dr Tatjana van Strien is universitair hoofddocent bij de Vakgroep Klinische Psychologie vanuit het Instituut voor Gender Studies aan de Radboud Universiteit Nijmegen.
Correspondentieadres: Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.
E-mail: vanstrien@psych.ru.nl

Toch is dit een voorbarige reactie. Het blijkt dat er in een aantal gevallen wel degelijk successen kunnen worden behaald, al zijn deze minder spectaculair dan de reclame voor afslankkuren wil doen geloven. Voorwaarde voor succes is een duidelijk inzicht in de medische en de psychologische achtergrond van de eetproblemen die bij de betrokkene tot het overgewicht hebben geleid (Van Strien, 2005).

Dat overgewicht in de afgelopen decennia een bijna epidemische omvang heeft aangenomen kan niet liggen aan lichamelijke factoren alléén. Inderdaad zijn sommige mensen genetisch gedisponeerd tot een groter lichaamsgewicht en ook bij sommige ziekten kan de hoeveelheid vetweefsel aanzienlijk toenemen. Maar dit zijn door de tijd heen betrekkelijk constante factoren. De eigenlijke oorzaak moet worden gezocht in een toenemende bewegingsarmoede (dit thema valt buiten het bestek van deze bijdrage) en vooral in veranderingen in onze eetgewoonten, die al dan niet in interactie met genetische factoren zorgen voor de gewichtstoename. Deels gaat het hierbij om een algemeen patroon van overconsumptie. Maar er zijn ook belangrijke persoonlijke verschillen. Sommigen eten continu te veel, anderen beheersen zich een tijdlang maar slaan dan weer door. Dit laatste kan het gevolg zijn van een te grote verleiding van de vele voedselprikkelers waaraan wij worden blootgesteld, maar ook van dieper liggende psychologische factoren. Voorwaarde voor het met succes op lange termijn bestrijden van overgewicht is inzicht in de van persoon tot persoon verschillende oorzaken van overeten. Zo zijn er mensen die makkelijk bezwijken voor de geur uit de keuken of lekkere hapjes bij de borrel (externe eters). Anderen gaan vooral meer eten bij negatieve gevoelens (emotionele eters). Weer anderen gaan zich te buiten in een lijnperiode op momenten dat de honger het wint van de wil tot vermageren, of wanneer door een of andere gebeurtenis gewichtsvermindering opeens onbelangrijk wordt (zie ook Canetti, Bachar & Berry, 2002). Voor al deze mensen is blijvend afslanken een illusie. Dat ieder met een dieet en wat meer beweging, zonder dat de *psychische oorzaak* van het overeten wordt aangepakt, af kan slanken is een mythe (Van Strien, 2004).

Lijnen

Vooraf vrouwen doen aan de lijn, terwijl juist mannen vanuit een medisch standpunt het meest op hun gewicht zouden moeten letten. Ten eerste zijn meer mannen dan vrouwen te zwaar. Ten tweede levert overgewicht bij mannen meer risico's op voor de gezondheid, omdat zij het vet meestal in de buik opslaan (de appelvorm) terwijl vrouwen het vet vooral opslaan op hun heupen en dijen

(de peervorm). Vooral opslag van vet in de buikholte is slecht voor de gezondheid.

Bij beide seksen heeft lijnen blijkbaar minder met gezondheidsrisico's dan met uiterlijke presentatie van doen. Maar dan wel op een heel verschillende manier. De meeste mannen vinden een paar kilo's teveel geen enkel punt: gebrek aan lichaamslengte of spiermassa is een veel groter issue. Maar de meeste vrouwen vinden zichzelf, ook als zij eigenlijk helemaal niet dik zijn, te zwaar en doen aan de lijn.

Maar helpt dat lijnen? Zoals ik al aangaf, meestal niet. Als gevolg van ongewenste nevenwerkingen zijn veel mensen met lijnen uiteindelijk zelfs verder van huis. Op gedragsniveau kan het bijvoorbeeld gepaard gaan met eetbuien. Vooral mensen die het lijnen radicaal aanpakken lopen dit risico. De volgende uitspraak uit de *Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ; Stunkard & Messick, 1985) illustreert dit treffend: 'Ik begin 's ochtends aan de lijn te doen, maar door wat er overdag gebeurt, geef ik het lijnen 's avonds op. Ik eet dan waar ik zin in heb en beloof mezelf dat ik morgen weer opnieuw met lijnen zal beginnen'. In mijn onderzoek bij 451 dikke mensen gaf 60 procent van de vrouwen aan dat deze zin redelijk of perfect op hen sloeg, terwijl 30 procent van de mannen zich erin herkende (Van Strien, 2004).

Restraint theorie

Volgens de theorie van lijngericht eetgedrag (*restraint theory*) is lijnen de belangrijkste oorzaak van overeten en overgewicht. Uitgangspunt is dat ieder persoon een natuurlijk gewicht heeft (*set-point*-gewicht), dat door een soort homeostatisch regelmechanisme in stand wordt gehouden (zie ook Hill, 2002b). Op pogingen tot verlaging van dit natuurlijke gewicht door lijnen reageert het lichaam met fysiologische defensiemechanismen, zoals verlaging van het basaal metabolisme (het kacheltje gaat zuiniger branden), of met honger. Er ontstaat een conflict tussen eetlust en voedselonthouding, tussen trek in eten en de wil om af te vallen. Wordt de cognitieve controle op het eetgedrag om een bepaalde reden doorbroken, dan geven lijners vaak toe aan hun eetlust en komt het bij sommige lijners voor dat ze enorme hoeveelheden voedsel naar binnen werken (eetbuien). Het ingehouden eetgedrag is dan ontremd, gedisinhibeerd. Dit heet daarom disinhibitie-effect.

Een dergelijke disinhibitie kan optreden als gevolg van angst of depressie of door overmatig gebruik van alcohol, maar ze kan ook kunstmatig worden opgewekt. Dit gebeurde in het inmiddels klassiek geworden milkshake-experimenten van Herman en Mack (1975). Proefpersonen werd gevraagd de smaak van roomijs te beoordelen.

Een deel van de proefpersonen had daaraan voorafgaand al één of twee milkshakes moeten drinken (*preload*). Mensen die niet aan de lijn deden, zoals van tevoren gemeten met een vragenlijst, de *Restraint Scale* (RS), aten – heel logisch – minder ijs als ze al vol milkshake zaten. Maar mensen die wel aan de lijn deden, gingen juist heel veel ijs eten na de milkshake(s). ‘Deze dag is toch al verpest, dus maakt het niet meer uit’ – dat idee. Vooral als de lijners dachten dat de milkshake hoog calorisch was aten zij veel ijs, terwijl het werkelijke calorische gehalte van de preload er nauwelijks toe bleek te doen. De milkshake doorbrak (disinhibeerde) bij de lijners als het ware de cognitieve, zelfopgelegde, beperking (inhibitie) ten aanzien van de inname van voedsel.

Dit experiment is herhaaldelijk gerepliceerd, met dezelfde resultaten (Ouwens, 2005). De bevinding dat juist lijners dit vreemde overeetgedrag laten zien zou wel eens de verklaring kunnen zijn van het feit dat zoveel lijners er moeite mee hebben op hun lagere lichaamsgewicht te blijven en uiteindelijk vaak juist in gewicht toenemen. Ze werpt ook licht op het ontstaan van *boulimia*: de eetbuien die lijders aan deze ziekte vertonen, zijn in veel opzichten analoog aan het juist beschreven overeten van de lijnende proefpersonen in het psychologisch laboratorium. Mensen met *boulimia* melden dan ook vaak dat aan hun eerste eetbui een periode van streng lijnen voorafging.

Restraint anno 2005

Inmiddels heeft de *restraint*-theorie veel onderzoek voortgebracht, en hoewel het disinhibitie-effect regelmatig is gevonden in onderzoek met de RS, werd het opmerkelijk genoeg nooit aangetroffen bij mensen met hoge scores op andere lijnschalen: die van de TFEQ of van de Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE; Van Strien, 2005). De oorzaak hiervan ligt waarschijnlijk in psychometrische verschillen tussen deze zuiverder lijnschalen en de RS, met als gevolg dat de schalen verschillende soorten lijners selecteren.

De RS selecteert vooral de lijners die naast hoge lijngerichtheid ook een hoge neiging tot disinhibitie rapporteren – lijners dus met weinig kans op blijvend succes. Behalve door pure lijn-items (*How often are you dieting?*) wordt de RS-score ook bepaald door items die verwijzen naar gewichtsfluctuatie (*In a typical week, how much does your weight fluctuate?*) en de neiging tot overeten (*Do you eat sensibly in front of others and splurge alone?*). Samen met de auteur van de RS, de Canadees Herman, hebben wij in Nijmegen de RS onlangs aan een confirmatieve factoranalyse onderworpen. Inderdaad bleek de RS multifactorieel en hoog te laden op de volgende drie factoren:

1) lijnen, 2) neiging tot overeten en 3) ontevredenheid met het eigen lichaam (Van Strien, Herman, Van Leeuwe, Larsen & Engels, aangeboden).

De Trias, ontevreden met het lichaam, lijngericht en geneigd tot overeten, blijkt dus een goede voorspeller van daadwerkelijk overeten in het psychologische laboratorium. De predictieve validiteit van de RS voor onsuccesvol lijnen is dus uitstekend. Dat de andere twee lijnschalen geen disinhibitie-effect opleverden, doet bovendien vermoeden dat er ook lijners zijn die niet geneigd zijn tot overeten en bij wie het lijnen mogelijk wel succesvol verloopt.

Deze lijners blijken inderdaad te bestaan (zie Van Strien, 2003a,b). Het lijkt er dus op dat de populatie lijners uit twee subgroepen bestaat: de succesvolle en de niet succesvolle lijners. De vraag is vervolgens: kunnen beide soorten lijners gemakkelijk, bijvoorbeeld met een vragenlijst, worden opgespoord?

De doorslaggevende factor voor het bepalen of iemand tot de eerste of de tweede categorie behoort is de *neiging tot disinhibitief eetgedrag*. Disinhibitief eetgedrag kan in het dagelijks leven zowel de vorm hebben van *emotioneel eten*, dat wil zeggen eten in reactie op negatieve emoties, als van *extern eten*, dat wil zeggen eten in reactie op externe voedselprikkels, bijvoorbeeld verleidelijke geuren, smakelijke presentatie en gemakkelijke beschikbaarheid, zoals bij hapjes en drankjes op een receptie. Het juist aangehaalde milkshake-experiment kan worden beschouwd als een experimenteel geïnduceerde uitnodiging tot extern eten.

Wanneer men dus bij lijners rekening houdt met de mate waarin iemand tot disinhibitie neigt (de score op een schaal voor disinhibitie) is het mogelijk te bepalen of deze persoon tot de categorie van de succesvolle of van de niet-succesvolle lijners behoort. De NVE is hiervoor een bruikbaar instrument, omdat het naast een schaal voor lijngericht eetgedrag, aparte schalen bevat voor gepredisposeerdheid tot emotioneel en tot extern eten. Deze corresponderen met twee belangrijke andere theorieën over overeten en overgewicht: de *psychosomatische theorie* (Bruch, 1964) en de *externaliteitstheorie* (Rodin, 1981), belangrijke bouwstenen overigens van Heatherton & Baumeister's *escape theorie* (1991). In combinatie kunnen ze ook worden gebruikt als indicatie voor disinhibitief eetgedrag: de zogenaamde NVE-disinhibitie-schaal.

Kortom, de drie besproken theorieën worden als onderling aanvullend gezien. In de resulterende overkoepelende theorie krijgt de in de *restraint*-theorie beklemtoonde disinhibitie een centrale plaats. Bij sommigen zijn het primair emotionele, bij anderen externe prikkels die tot disinhibitie leiden. Voor de behandeling van een eetprobleem is het daarom niet alleen belangrijk te weten of

de betrokkene een lijner is, maar ook hoe sterk de neiging tot disinhibitie is.

De tweedeling in lijners met een lage versus hoge neiging tot disinhibitie (succesvolle versus niet-succesvolle lijners) had een goede concurrente validiteit voor kenmerken waarin beide groepen geacht worden te verschillen: in staat zijn een dieet vol te houden, frequentie van eetbuien, gewichtsf fluctuatie, impulsregulatie, perfectionisme en het juist inschatten van gevoelens van honger en verzadiging (Van Strien, 2005).

Ondersteuning voor het verschil in eetgedrag tussen beide groepen lijners kwam uit een aantal experimenten (Ouwens, 2005). Lijners met een lage neiging tot disinhibitie aten minder voedsel (ijs of koekjes) dan lijners bij wie de neiging tot disinhibitie hoog was, wat aangeeft dat deze tweedeling een goede predictieve validiteit voor eetgedrag heeft. Bovendien bleek de neiging tot disinhibitie het succes op lange termijn van een vermageringsinterventie bij patiënten met diabetes type II goed te voorspellen. Ongeveer de helft van de patiënten was na vier jaar zwaarder dan ten tijde van de diagnose, en deze gewichtstoename werd significant voorspeld door de scores op de twee NVE-schalen voor overeten bij de diagnose (Van Strien, Van de Laar, Van Leeuwen, Lucassen, Van den Hoogen, Rutten & Van Weel, aangeboden).

Emotioneel en extern eten

Behalve de neiging tot disinhibitie, zijn ook de neiging tot emotioneel eten en extern eten van belang. Deze eettypen komen vaak samen voor (correlaties van .50 tussen de desbetreffende schalen van de NVE zijn geen uitzondering) en zijn gerelateerd aan dezelfde domeinen van de *Big Five* persoonlijkheidslijst, namelijk de facetten die wijzen op neuroticisme (Heaven, Mulligan, Merrilees, Woods & Fairouz, 2001). Geheel in overeenstemming met het verschil in theoretisch uitgangspunt (de psychosomatische versus de externaliteitstheorie) zijn het echter twee totaal verschillende constructen (Van Strien, 2005). De New Yorkse onderzoeksgroep van Volkow (2003) vond dat dopamine wél met emotioneel eten, maar niet met extern eten samenhangt. Op basis van ander onderzoek lijkt ook de effectieve behandeling voor beide vormen van eetgedrag te verschillen.

Zo was al langer bekend dat mensen met een sterke neiging tot emotioneel eten minder kans hebben dat een vermageringstherapie blijvend succesvol is (Blair, Lewis & Booth, 1990). Recent onderzoek geeft duidelijk aan waarom dit zo is. In een experiment (Van Strien & Ouwens, aangeboden) vroegen wij proefpersonen de smaak van zoute crackertjes te beoordelen. De helft van

de proefpersonen was daaraan voorafgaand zenuwachtig gemaakt. Zij werden in de veronderstelling gebracht dat zij voor een panel van deskundigen een toespraak moesten houden. In vergelijking met de mensen die niet zenuwachtig waren gemaakt, aten de zenuwachtige mensen minder crackertjes, als zij hun emoties goed konden herkennen en verwoorden (er met andere woorden geen sprake was van alexithymie). Bij mensen is verlies van eetlust de normale reactie op stress (Greeno & Wing, 1994), omdat stress dezelfde verzadigingsverschijnselen oproept als voedsel: de samentrekkingen van de maag houden op en het bloedsuikergehalte gaat omhoog. Maar de zenuwachtige mensen die hun emoties niet goed konden herkennen of verwoorden (waarbij wel sprake was van alexithymie), aten zelfs meer crackertjes dan de mensen die niet zenuwachtig waren. Voor inadequate impulsregulatie werd dit effect niet gevonden. Alexithymie ligt dus waarschijnlijk aan emotioneel eten ten grondslag. In een psychometrisch onderzoek bij meer dan 400 vrouwen met gewichtproblemen vonden we hiervoor eveneens aanwijzingen (publicatie in voorbereiding). Alexithymie vertoont veel overeenkomst met Bruch's begrip '*poor interoceptive awareness*' (de *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994) ontleende zelfs vier van zijn 20 items aan de '*poor interoceptive awareness*'-schaal uit de *Eating Disorder Inventory II* (EDI-II, Garner, 1991). '*Poor interoceptive awareness*' ontstaat volgens Bruch in vroege ouder-kind interacties, als ouders, in het bijzonder moeders, op systematische wijze de eigen behoeftes van het kind negeren.

Een vermageringsdieet heeft bij een emotionele eter weinig kans op blijvend succes, want alle goede voornemens tot het volhouden van het dieet ten spijt, zal een emotionele eter opnieuw gaan eten als emotionele problemen weer de kop opsteken. Dit is zelfs een contraindicatie voor het voorschrijven van een dieet bij emotionele eters. Het mislukken van het dieet helpt de patiënt alleen maar dieper in de put. Om dezelfde reden zullen ook gedragstherapeutische programma's bij emotionele eters minder effectief zijn, zelfs als emotioneel eten samengaat met extern eten. Alleen bij een therapie met aandacht voor de emotiehuishouding heeft een emotionele eter mogelijk baat: een therapie waarin gewerkt wordt aan het slechte zicht op de eigen emoties, het lage gevoel van eigenwaarde en het negatieve zelfbeeld. Vanwege het accent op de disfunctie in de emotieregulatie lijkt de dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993) voor deze mensen helemaal op het lijf geschreven. Voor een nadere beschrijving van de therapeutische aanpak, zie Telch (1997). Voor een verdere uitwerking van dit onderwerp wordt verwezen naar het boek '*De afslankmythe*' (Van Strien, 2004). De eerste resultaten van dialectische gedragstherapie bij mensen

met *binge eating disorder* (een stoornis die sterk met emotioneel eten samenhangt) zijn veelbelovend (Safer, Telch & Agras, 2001).

Geheel in overeenstemming met de externaliteitstheorie hangt extern eten vooral met inadequate impulscontrole samen (de publicatie hierover is in voorbereiding), zodat bij de behandeling hier zou kunnen worden volstaan met een gedragstherapeutische benadering van het eetprobleem.

Mensen zonder sterke neiging tot disinhibitie (emotioneel eten of extern eten) kunnen daarentegen prima op dieet, omdat van hen wel een goede respons op een vermageringsdieet is te verwachten. In experimenteel onderzoek overat deze groep zich niet als de zelfcontrole op de proef werd gesteld. Wel dient het dieet, om terugval te voorkomen, niet te rigoreus te zijn. Een gemiddeld gewichtverlies van een halve tot één kilo per week is een goede richtlijn. Ook dient het na te streven gewichtsverlies niet hoger dan 10 tot 15% van het lichaamsgewicht te zijn. Bij overgewicht heeft een gewichtvermindering van 5 tot 10% medisch gezien al een maximaal effect op verlaging van risicofactoren voor hart-en vaatziekten, zoals een verhoogd cholesterolgehalte en hoge bloeddruk, ook op korte termijn; ook het risico op diabetes type II neemt al af bij een geringe gewichtsvermindering (Fairburn & Brownell, 2002).

Voor de praktijk betekent het voorgaande dat een patiënt met een eet-en/of een gewichtsprobleem voorafgaande aan de behandeling eerst moet worden geclassificeerd als een potentieel succesvolle of niet succesvolle lijner. Dit kan heel simpel: met de NVE. Van diverse populaties, uitgesplitst naar geslacht, gewicht of beide, zijn normtabellen beschikbaar. De oorspronkelijke normtabellen uit 1986 zijn inmiddels vervangen door nieuwe normtabellen (gegevens van meer dan 10.000 respondenten, zie Van Strien, 2005). Op basis van het gevonden eetpatroon kan aan de hand van een beslissboom de juiste behandelingsstrategie worden bepaald (Van Strien, 2004, 2005).

Nu er een kleine twintig jaar is verstreken sinds het onderzoek in Ede, waar de normen van de oude NVE op zijn gebaseerd, geven de nieuwe normen ook aan dat er veranderingen in ons eetgedrag zijn opgetreden. Om te beginnen is te zien dat we in Nederland de afgelopen decennia aanzienlijk dikker zijn geworden. Van de 569 vrouwen van de steekproef uit Ede had ongeveer een achtste een BMI boven de 26 en werd daarmee als ‘obees’ aangemerkt. In de huidige normgroep van volwassen vrouwen is dit bijna een kwart, een toename van 100%! De omvang van de gewichtsexplosie wordt nog gecamoufleerd doordat tegenwoordig pas bij een BMI > 30 van obesees wordt gesproken. Bij de volwassen mannen, die toch al wat dikker waren, is het percentage

met overgewicht eveneens verdubbeld. Volgens de norm van een BMI > 27 is zelfs meer dan 30% obesees!

Ook voor de verschillende typen eetgedrag blijken er verschuivingen te zijn opgetreden. Een niet-obese vrouw met een score van 2,80 op *emotioneel eten* kwam volgens de oude normen terecht in de klasse ‘bovengemiddeld’. Volgens de nieuwe normen valt ze nu nog juist binnen de range van het gemiddelde. Een obese man met een score van 2,60 op *extern eten* valt volgens de oude normen nog binnen het gemiddelde, maar zit er nu een flink stuk onder. Op bijna alle schalen blijkt er een lichte opwaartse verschuiving te zijn opgetreden, hetgeen inhoudt dat er een hogere score nodig is om boven het gemiddelde uit te komen. Het hedendaagse eetgedrag, zoals gemeten met onze schalen, is met andere woorden de afgelopen decennia iets emotioneler, iets extener en iets lijngerichter geworden. Heel duidelijk is deze verschuiving bij het lijngericht (*restrained*) eetgedrag. Zo valt een niet-obese vrouw met een score van 2,68 op de lijnschaal volgens de oude normen in de categorie ‘bovengemiddeld’ en volgens de nieuwe normen in de categorie ‘benedengemiddeld’ – een verschil van twee klassen!

Slot

Overgewicht neemt in Nederland toe en is een belangrijke bedreiging voor de volksgezondheid. Het gebeurt nogal eens dat dikke mensen worden getypeerd als slap en niet wilskrachtig. Natuurlijk zijn er tal van mensen, ook jongeren, die met meer zelfbeheersing en lichaamsbeweging nooit zo’n zwaar lichaam hadden gekregen. Maar er zijn ook veel dikke mensen die een voortdurende strijd voeren om van hun overgewicht af te raken. Velen van hen hebben de trieste ervaring opgedaan dat ze, na de eerste ponden met succes kwijt te zijn geraakt, toch weer bezwijken en weer even snel aankomen, om dan na enige tijd een nieuwe lijnpoging te ondernemen. Bij deze mensen is de kans groot dat het overeten een psychische achtergrond heeft, die met wilskracht al-één niet te bestrijden valt, maar waar slechts een psychologische, gedragsmatige, aanpak kan helpen.

Een lichtpuntje is dat er wel degelijk een groep mensen is, bij wie een vermageringsdieet een goede kans op succes heeft (de groep met een geringe neiging tot emotioneel en/of extern eetgedrag). Voor deze mensen geldt: lijnen helpt we! (Van Strien, 2003a). Maar ook de mensen die niet bij deze groep horen moeten wel degelijk aan de slag. Externe eters kunnen in een gedragstherapie beter leren omgaan met hun overgevoeligheid voor voedselprikkel. Emotionele eters kunnen in dialectische gedragstherapie beter met hun emoties leren omgaan.

Literatuur

- Bagby, R., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Blair, A.J., Lewis, V.S., & Booth, D.A. (1990). Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite*, 15, 151-157.
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274.
- Canetti, L., Bachar, E., & Berry, E., (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60, 157-164.
- Fairburn, C.C., & Brownell, K.D. (2002) (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Greeno, C.G., & Wing, R.R. (1994) Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.
- Herman, C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heaven, P.N.B., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairbrooz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional external and restrained eating behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 161-166.
- Hill, A.J. (2002a). Prevalence and demographics of dieting. In C.C. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 80-84). New York: Guilford Press.
- Hill, J.O. (2002b). The nature of the regulation of energy balance. In C.C. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 6771). New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Ouwens, M. (2005). *The disinhibition effect*. Nijmegen: proefschrift.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity. *American Psychologist*, 36, 361-372.
- Safer, D.L., Telch, C.F., & Agras, W.S. (2001). Dialectical behaviour therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Strien, T. van (2003a). Lijnen helpt wel. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 96-97.
- Strien, T. van (2003b). Lijnen erger dan de kwaal? *De Psycholoog*, 38, 68-73.
- Strien, T. van (2004). *De afslankmythe. Waarom afvallen vaak niet lukt*. Schiedam: Scriptum.
- Strien, T. van (2005). *Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag. Handleiding*. Amsterdam: Boom Test Uitgevers.
- Strien, T. van, Laar, F. van de, Leeuwe, J.F.J. van, Lucassen, P.C.B., Hoogen, H.J.M. van den, Rutten, G.E.M., & Weel, C van, (aangeboden). *The dieting dilemma in patients newly diagnosed with type 2 diabetes: Does dietary restraint predict weight gain four years after diagnosis?*
- Strien, T. van, Herman, C.P., Leeuwe, J.F.J. van, Larsen, J.K., & Engels, M.E., (aangeboden). *Construct validation of the Restraint Scale in normal-weight and overweight females.*
- Strien, T. van, & Ouwens, M.A. (aangeboden). *Emotion processing deficits and inadequate impulse regulation in emotional eating.*
- Stunkard, A. J. (1958). The management of obesity. *New York Journal of Medicine*, 58, 79-97.
- Stunkard, A.J., & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Telch, C.F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 77-81.
- Volkow, N., Wang, G., Maynard, L., Jayne, M., Fowler, J.S., Zhu, W., Logan, J., Gatley, S.J., Ding, Y., Wong, C., Pappas, N. (2003). Brain dopamine is associated with eating behaviors in humans. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 136-142.
- Wilson, G.T. (1994). Behavioral treatment of obesity. Thirty years and counting. *Advanced Behaviour Research Therapy*, 16, 31-75.
- Wilson, G.T. (2002). The controversy over dieting. In C.C. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 93-98). New York: Guilford Press.
- Wing, R.R., & Klem, M. (2002). Characteristics of successful weight maintainers. In C.C. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 588-592). New York: Guilford Press.